

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 98

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

**PATHOGÉNIE DES HERNIES
ÉPIGASTRIQUES**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 janvier 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DEUMIÉ

Né à Nîmes, le 23 octobre 1888



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE DE « LA LOIRE RÉPUBLICAINE »

16, Place Marengo, 16

1914



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546716_0044

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 98

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PATHOGENIE DES HERNIES
ÉPIGASTRIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 janvier 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DEUMIÉ

Né à Nîmes, le 23 octobre 1888



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE DE « LA LOIRE RÉPUBLICAINE »

16, Place Marengo, 16

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. COURMONT..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	X...
	X...
Cliniques chirurgicales.....	FABRE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET.
Clinique ophtalmologique.....	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies mentales.....	WEILL.
Clinique des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.....	CLUZET.
Physique médicale.....	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREAU.
Matière médicale et Botanique.....	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.....	MORAT.
Physiologie	COLLET.
Pathologie interne.....	LESIEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	PAVIOT.
Anatomie pathologique.....	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire.....	COURMONT (P.)
Médecine expérimentale et comparée.....	Étienne MARTIN.
Médecine légale.....	COURMONT (J.)
Hygiène	PIC.
Thérapeutique	FLORENCE.
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale.....	BÉRARD, —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND, ag.
Accouchements	COMMANDEUR, —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique.....	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.
Clinique infantile.....	MOURQUAND.
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARGET.	MOURQUAND.	FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIÉRY.
LAROYENNE.	THÉVENOT (Léon).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VALLAS, Président; VILLARD, Assesseur; COTTE et DUROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MA SOEUR

En témoignage de la tendre affection
qui nous unit.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de thèse,

Monsieur le Professeur VALLAS

Ex chirurgien major des Hôpitaux
Professeur adjoint de Pathologie interne

A Monsieur le Docteur VILLARD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu m'inspirer
l'idée de cette thèse.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Lyon

Monsieur le Professeur TEISSIER

Monsieur le Professeur JABOULAY

Monsieur le Professeur ROLLET

Monsieur le Professeur WEILL

Monsieur le Professeur NICOLAS

Monsieur le Docteur DEVIC

Monsieur le Docteur TIXIER

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Saint-Etienne

Monsieur le Docteur MARTEL

Monsieur le Docteur GEREST

Monsieur le Docteur NORDMAN

Monsieur le Docteur MONTAGNON

INTRODUCTION

Les chirurgiens qui ont abordé l'étude des hernies de la ligne blanche sus-ombilicale ont tous été frappés par la variabilité des symptômes de ces hernies, et surtout par la disproportion entre leurs signes physiques et l'intensité des troubles fonctionnels qu'elles provoquent le plus souvent.

Depuis Garengéot, qui chercha le premier une explication à ces phénomènes singuliers, différentes pathogénies ont été successivement invoquées pour expliquer ces anomalies. Aucune n'est complètement satisfaisante.

M. le professeur agrégé Villard a bien voulu nous faire l'honneur de nous laisser exposer, comme sujet de notre thèse, une nouvelle pathogénie qu'il a développée récemment lui-même à la Société des Sciences médicales de Lyon. (23 novembre 1912.)

Pour M. Villard, bon nombre de hernies épigastriques sont des hernies du ligament rond du foie à

travers la ligne blanche ; et par cette manière de les envisager, on comprend plus facilement certaines de leurs particularités symptomatiques.

Nous avons été d'autant plus heureux de la confiance que l'on nous a accordée que nous avons eu l'occasion de vérifier deux fois par nous-même cette disposition anatomique.

Ayant eu à opérer avec notre maître, M. le docteur Martel, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne, quatre cas de hernies épigastriques pendant le semestre d'internat que nous avons eu le plaisir de passer près de lui, nous avons rencontré, par deux fois, des hernies répondant point par point à la pathogénie de Villard. Ces deux cas ont fait l'objet d'une publication de notre part. (Loire Médicale du 15 juillet 1913.)

Dans ce petit travail, nous n'avons pas l'intention de faire une revue générale de la question des hernies épigastriques. Nous bornerons notre étude aux questions de pathogénie qui se rapportent à ces hernies et nous suivrons le plan que voici :

En un court chapitre d'histoire, nous noterons les différentes pathogénies qui ont eu successivement cours.

Dans les chapitres suivants, nous exposerons, avec plus de détails, ces pathogénies et nous ferons leur critique.

Dans la deuxième partie de notre thèse, après un court résumé anatomique de la région de la ligne blanche sus-ombilicale, nous exposerons les idées

pathogéniques mises en lumière par M. le docteur Villard.

Pour écrire cet important chapitre, nous nous appuierons d'abord sur les observations recueillies à Lyon dans le service hospitalier de notre maître, sur les quatre observations recueillies à Saint-Etienne et, enfin, sur quelques observations retrouvées dans la littérature médicale et qui furent mal interprétées à notre avis.

De toutes ces considérations anatomiques ou plutôt chirurgicales, nous concluerons avec Villard que bon nombre de hernies épigastriques sont des hernies du ligament rond du foie à travers la ligne blanche.

Et cette donnée étant admise, nous pourrions expliquer en un dernier chapitre, de façon plus satisfaisante, certaines particularités symptomatiques inexplicables ou mal expliquées jusqu'ici.

Mais avant d'écrire les premières pages de cet opuscule qui va clôturer la série des actes universitaires de notre vie d'étudiant et, hélas ! bientôt aussi notre vie d'étudiant elle-même, nous avons l'agréable devoir de nous acquitter de plusieurs dettes de reconnaissance envers les maîtres lyonnais et stéphanois qui ont contribué à notre éducation médicale.

Nous remercions tout d'abord :

M. le professeur Vallas, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse et la placer sous l'autorité de son nom ;

M. le professeur agrégé Villard, qui a bien voulu nous donner l'idée de ce travail, nous prêter ses

observations, nous guider de ses conseils éclairés pendant son élaboration et nous permettre ainsi de le mener à bout. Si cette thèse a quelque mérite, c'est à lui qu'elle le devra.

A Saint-Etienne, nos remerciements s'adresseront plus spécialement à :

M. le docteur Martel, chirurgien des Hôpitaux, qui nous guida de ses conseils et de sa longue expérience ; il nous laissa toujours, dans son service, une part d'initiative dont nous connaissons tous les avantages lorsque nous serons livrés à nos propres forces. Le semestre d'internat que nous avons passé auprès de lui nous a paru trop court à notre gré ;

M. le docteur Gerest, médecin des Hôpitaux, qui a bien voulu s'intéresser à nous et nous prodiguer ses encouragements pendant les remplacements d'internes que nous eûmes l'occasion de faire dans son service, au début de notre séjour à Saint-Etienne ; il nous permit, plus tard, de suivre sa visite pendant nos instants de liberté et de profiter ainsi, en des causeries familières, de son enseignement si clair et de ses renseignements de pratique médicale si utiles à un jeune médecin ;

M. le docteur Nordman nous initia, en de brillantes leçons, à la pathologie nerveuse et à l'étude des maladies mentales. Ses rapports furent toujours amicaux avec ses internes, et il les traita toujours en jeunes confrères ;

M. le docteur Montagnon, enfin, nous fit profiter

de ses leçons et de son expérience des maladies des enfants.

Que tous soient assurés de nos vifs sentiments de gratitude.

Merci aussi à M. le docteur Viannay, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne, qui a bien voulu nous communiquer deux observations de malades opérés par lui.

Nous remercions enfin nos compagnons d'études lyonnais et nos collègues de l'internat de Saint-Etienne des grandes preuves d'amitié qu'ils nous ont données en plusieurs circonstances.

Mes huit années d'études médicales, et plus particulièrement les trois années que j'ai passées comme interne à Saint-Etienne, compteront parmi les meilleures de ma vie.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Pathogénie des Hernies épigastriques

CHAPITRE PREMIER

Historique

Nous désignons, par le mot de hernie épigastrique, la hernie qui se développe à travers une éraillure de la ligne blanche, à une certaine distance au-dessus de l'ombilic. Nous éliminons ainsi les éventrations spontanées ou traumatiques — accidentelles et post-opératoires — assez fréquentes dans cette région.

L'histoire des hernies épigastriques remonte haut. Elles ne furent pas signalées parmi les différentes variétés de « hargnes » décrites par Ambroise Paré. Cependant, avant lui, Arnauld de Villeneuve, premier médecin du roi d'Aragon, avait relaté l'histoire d'une malade atteinte de cette affection (1285). Fabrice de Hilden les cite en passant.

Mais la première monographie de la question date de Garengéot (1743), dans son mémoire à l'Académie royale de chirurgie sur plusieurs hernies singulières. Cet auteur, comme ses devanciers, croit, à cause de la prédominance des symptômes digestifs, à l'inclusion d'une partie de l'estomac dans la hernie : d'où le nom de gastrocèle donné à ces sortes de hernies. Lévillé ne substituera que plus tard (1810) à ce nom celui de hernie épigastrique.

Ces hernies firent ensuite le sujet de sérieuses études de Richter, Cruveilhier, Scarpa, Astley Cooper, Malgaigne, Vidal de Cassis, qui montrèrent que l'opinion de Garengéot était loin d'être toujours soutenable. En 1884, Gussenbauer explique les douleurs des hernies de la ligne blanche par la compression des paquets vasculo-nerveux qu'elles contiennent.

Lucas Championnière, à partir de 1881, démontre les avantages de la cure radicale sur les bandages et opère de façon systématique. Sous cette impulsion, Terrier pratique, en 1885, les premières cures radicales de hernies épigastriques. Depuis cette époque, des constatations, faites au cours des opérations qui deviennent courantes, permettent, bien mieux que les constatations anatomiques, de pousser plus avant l'étude si complexe de ces hernies.

Cette étude a fait l'objet des thèses de Bonnet, Chailloux, Fleury, Lepage, Lemièrre, Noury, Saujeon, Vassel, Vernet.

Vallot (thèse de Lyon, 1905) a présenté un chapitre d'ensemble de la question.

Plus récemment, à la suite des travaux de Capelle,

en Allemagne (1909) ; Bérard et Cotte, Lanoue et Poisson, Leriche, se sont occupés, en France, de la nature des troubles digestifs qui accompagnent les hernies épigastriques et de la coexistence fréquente de lésions sous-jacentes de l'estomac (thèse de Cuinet, thèse d'Ertaud).

Nous nous proposons de montrer avec Villard qu'il y a, en outre, une large place à accorder à une autre pathogénie des symptômes digestifs et surtout douloureux de ces hernies.

CHAPITRE II

Mécanisme de la production des hernies épigastriques

Quelles sont les pathogénies invoquées par les classiques pour expliquer la production des hernies épigastriques ? En d'autres termes, par quel mécanisme peuvent se produire ces hernies ?

Pour Lucas Championnière, il faut faire jouer un rôle prépondérant à la graisse sous-péritonéale. Un très rapide résumé anatomique mettra en valeur cette théorie :

Dans une dissection de la partie de l'abdomen située au-dessus de l'ombilic, nous rencontrons sur la ligne médiane, en allant de la surface aux plans profonds : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose dénommée ligne blanche, une couche de graisse dite sous-péritonéale, enfin le péritoine. (Voir fig. 2.)

La ligne blanche résulte de l'entrecroisement des fibres aponévrotiques des muscles larges de l'abdomen. Ces fibres s'entrecroisent à angles obtus, et, de cette orientation, résultent de petits pertuis. Ceux-ci sont virtuels en général, mais parfois assez accusés pour laisser passer de petits paquets vasculo-nerveux, accompagnés de graisse ou même simplement de petits pelotons adipeux dépendant de la graisse sous-péritonéale.

L'absence de fibres élastiques dans la ligne blanche, le solide appui qu'elle prend sur le rebord costal, empêchent, chez le sujet bien constitué, son effondrement sous l'effort de la poussée abdominale. Mais si cette aponévrose est trop résistante pour céder, elle peut cependant se laisser traverser au niveau de ses points faibles, de ses pertuis : que, sous l'influence d'une cause quelconque, ces pertuis se laissent agrandir, la graisse sous-péritonéale, vu son état demi-fluide chez le vivant, fera hernie à travers la ligne blanche à la rencontre de la graisse sous-cutanée. Elle produira, dans un premier stade, un simple petit lipome ; à un stade plus avancé, le péritoine sera entraîné et alors on pourra constater des hernies avec sac contenant de l'épiploon et parfois même de l'intestin. C'est le mécanisme décrit par Tillaux.

Les causes déterminantes de ces hernies sont toutes celles qui produisent des efforts brusques : toux, défécation, vomissements.

Mais il faut surtout tenir compte des causes favorisantes, telles que les maladies antérieures, ayant diminué la tonicité des tissus, et surtout des prédis-

positions héréditaires. On a pu dire, en effet, que la hernie est moins un accident qu'une maladie (Kingdonn), et parler de diathèse herniaire (Hobbs).

Il existe aussi, à côté de ces hernies acquises, chez des sujets en général prédisposés, des hernies véritablement congénitales que Saujeon a divisé en deux groupes :

1° Les hernies congénitales embryonnaires qui reconnaissent comme cause un trouble profond et précoce dans le développement de la paroi abdominale à l'époque embryonnaire ; par exemple, l'absence d'un muscle droit (Princeteau) ;

2° Les hernies congénitales de la période fœtale, où l'arrêt de développement est moins accentué et consiste soit dans un défaut de fermeture de l'une des mailles aponévrotiques du raphé médian, soit dans l'absence ou la faiblesse de l'extrémité interne de l'une des intersections tendineuses, soit enfin dans la structure défectueuse d'un segment de la ligne blanche compris entre deux intersections tendineuses.

Maintenant que nous avons élucidé le mécanisme classique de la production des hernies épigastriques, nous allons examiner comment on a expliqué les troubles qui les accompagnent.

CHAPITRE III

Pathogénie des troubles fonctionnels des hernies épigastriques

Les symptômes des hernies épigastriques sont très variables dans leur intensité. Ils ont été ainsi résumés par Championnière : « Ces hernies sont habituellement douloureuses dès le début ; on peut voir avec elles tous les degrés d'accidents, depuis les douleurs irrégulières et intermittentes irradiées dans l'abdomen et vers la région des reins, jusqu'aux névralgies abdominales incessantes ; tous les troubles digestifs, depuis les malaises qui suivent l'ingestion des aliments jusqu'aux vomissements habituels. »

Nous allons nous occuper des raisons invoquées jusqu'ici pour expliquer ces symptômes :

a) Garengot croyait à une hernie de l'estomac, en raison de l'intensité des troubles digestifs qu'il avait eu l'occasion d'observer : d'où le nom de gastrocèle. Il fut soutenu par Pipelet, qui présenta peu

après, à l'Académie royale de chirurgie, huit cas répondant à cette pathogénie. Il fut combattu par Gunz, de Leipzig, et Bertrandi.

Depuis l'ère opératoire, les chirurgiens ont pu voir que la présence de l'estomac dans le sac était une véritable exception. C'est tout au plus si, en parcourant la littérature médicale, nous en trouvons deux cas authentiques :

Un cas de Blanc, publié en 1908 et rapporté dans la thèse de Vassel ;

Un cas de Latarget et Adenot. (*Presse médicale*, de septembre 1904.) (1).

Nous concluons donc, avec Chailloux : « L'on est d'accord aujourd'hui sinon pour nier absolument la présence de l'estomac dans un sac herniaire, du moins pour reconnaître la rareté du fait. » Et avec Jaboulay : « Les dimensions du sac sont trop exigües pour que ce viscère, qui peut très bien descendre dans les énormes sacs ombilicaux, puisse s'engager dans les sacs de hernies épigastriques. »

Dans ces rares cas, il s'agit de hernies dues à des malformations congénitales, ou de véritables éventrations traumatiques, et non de hernies à travers des éraillures de la ligne blanche.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une hernie épigastrique survenue chez une jeune enfant de trois mois, à travers une variété de fissure susombilicale du type décrit par Nicaise. A l'occasion d'efforts de vomissements l'estomac avait fait en partie issue à travers cette fissure et fut le siège de phénomènes d'étranglement qui aboutirent au sphacèle et à la fistulisation de l'organe engagé à travers la paroi abdominale. C'est à l'occasion de cette fistule gastrique que les auteurs eurent à examiner la malade, vingt ans plus tard.

b) On chercha ensuite à expliquer les troubles des hernies épigastriques par des tiraillements de l'épiploon, qui, outre son insertion à la grande courbure, aurait contracté des adhérences, d'une part, à l'intérieur du sac herniaire, et, d'autre part, à l'estomac.

Ainsi, au moment des digestions, les mouvements péristaltiques de l'estomac seraient gênés, d'où symptômes gastriques et douleurs.

Cette influence est indéniable dans certains cas. Des hernies à signes fonctionnels intenses montrèrent à l'opération des adhérences de l'épiploon au sac, d'un côté, et, de l'autre, à l'estomac et même au côlon transverse. Une fois ces adhérences détruites, les troubles fonctionnels disparurent. (Observations citées dans la thèse de Lebœuf.)

Mais on peut faire observer que les autres variétés de hernies inguinales ou crurales présentent aussi fort souvent des adhérences de l'épiploon, et pourtant leurs symptômes douloureux sont loin d'être aussi accusés.

De plus, comment expliquer par cette théorie les troubles causés par les hernies purement graisseuses, ne comprenant pas d'épiploon ? Pourtant ce sont bien souvent ces petites hernies qui s'accompagnent du tableau symptomatique le plus complet.

c) D'autres auteurs, Gussenbauer, puis Chailloux, Lemièrre, prétendent que les réactions douloureuses et gastro-intestinales accompagnant les hernies épigastriques sont des phénomènes réflexes : des nerfs et des vaisseaux passent normalement à travers les

orifices de la ligne blanche. Ces nerfs provenant des branches antérieures des cinq derniers nerfs intercostaux peuvent faire partie du pédicule de la hernie. Leur irritation peut fort bien engendrer les troubles gastro-intestinaux observés.

Ces filets nerveux sont, en effet, anastomosés avec le pneumogastrique, le phrénique et le grand sympathique. Ils font donc partie des plexus solaire et diaphragmatique. Et alors, ainsi que le dit Lemièrre : « l'hypothèse de réflexes ayant leur point d'excitation au niveau de l'anneau, leurs fibres centripètes constituées soit par les fibres des intercostaux, soit par les fibres épiploïques du sympathique, leurs fibres centrifuges constituées par les fibres anastomotiques du phrénique et du pneumogastrique, est, anatomiquement du moins, légitime ».

Suivant les fibres sur lesquelles elle agit, suivant son intensité, sa durée, sa fréquence, l'excitation peut donner lieu à des réflexes différents, soit moteurs ou vaso-moteurs, soit sensitifs, soit même sécrétoires. Ainsi s'expliquent les symptômes observés au cours des hernies : douleur, modification du suc gastrique (Clérici), coliques même, par influence sur le péristaltisme intestinal.

A quelle occasion se produit cette excitation ? Elle naît à l'occasion du changement d'état de l'estomac : vacuité ou réplétion ; à l'occasion d'un effort, d'un changement de position.

Elle résulte de deux mécanismes : le plus fréquemment il y a compression des petits filets nerveux compris entre le pédicule et l'anneau de la hernie :

c'est ainsi qu'on peut faire naître la douleur en faisant contracter la paroi abdominale. Les malades se rendent d'ailleurs fort bien compte par eux-mêmes de ce mécanisme : pour relâcher leur paroi abdominale, ils se tiennent parfois légèrement penchés en avant, réalisant l'habitus déjà noté par Chailloux.

Dans d'autres cas, l'excitation est causée par des tiraillements de l'intestin ou de l'estomac, par l'intermédiaire d'une corde épiploïque. L'extrémité de cette corde pincée dans l'anneau serait le siège d'une excitation nerveuse par compression.

Cette théorie réflexe est assez séduisante ; elle repose sur une base anatomique exacte.

On peut encore citer à son appui la constatation de Lepage, qui rechercha, avec une insistance louable, les résultats des cures radicales des hernies épigastriques. Cet auteur trouva des récidives chez trois des opérés. Chez aucun de ces sujets les récidives n'étaient douloureuses, sans doute parce que les branches nerveuses avaient été sectionnées pendant la première opération et qu'ainsi le réflexe était détruit.

d) Mais cette théorie n'explique pas tous les faits. Il est arrivé parfois que les troubles gastriques ont persisté après l'opération.

Si Lepage put réunir dans sa thèse 19 cas opérés et suivis de guérisons définitives, toutes les statistiques ne furent pas aussi bonnes.

En 1909, Capelle, recherchant dans le service de Garré, à Breslau, le sort ultérieur des malades opérés,

remarqua que certains n'avaient pas éprouvé d'amélioration notable après l'opération. Il se demanda s'il n'y avait pas, outre la hernie, une lésion sous-jacente de l'estomac. Voici les chiffres de sa statistique : sur 48 opérés, 27 furent revus ; il y eut, sur ces 27 cas, 9 guérisons absolument complètes, 18 étaient seulement améliorés et de nouvelles interventions montrèrent, dans plusieurs cas, des lésions de l'estomac.

Dans la statistique d'Hornborg, sur 22 malades opérés, 8 avaient des lésions de l'estomac.

Après Capelle, Ury, Metzger, Strauss en Allemagne ; Soper en Amérique, Poisson et Lanoue, Bérard et Cotte, Leriche en France, signalent la coexistence de lésions anatomiques de l'estomac (ulcère ou cancer) auxquelles étaient dus les symptômes digestifs attribués à certaines hernies épigastriques. Muller, en 1911, publie une importante étude et adopte les conclusions de Capelle au point de vue thérapeutique.

Ces travaux ont été résumés dans les thèses de Guinet (1912) et de Ertaud (1913). Guinet concluait que les lésions organiques de l'estomac existaient dans un tiers des cas et qu'il fallait voir dans cette constatation « autre chose qu'une simple coïncidence ».

Avant ces auteurs, Witzel avait remarqué le fait, mais sans y attacher d'importance, de même que Témoins.

Les classiques Berger, Rochard, Jaboulay n'y voyaient qu'une cause prédisposante de la hernie,

parce que les affections organiques de l'estomac font maigrir le malade.

Mais si les auteurs cités plus haut notent la coexistence fréquente des hernies et des lésions stomacales sous-jacentes, ils se bornent à cette constatation et en déduisent des règles opératoires judicieuses. Kelling, seul, a essayé d'en expliquer le mécanisme. Pour cet auteur, il existe des relations intimes entre les filets nerveux du plexus coélique et les filets nerveux sensitifs de la paroi abdominale ; il peut ainsi se faire, à la suite d'irritations périphériques répétées, une vaso-constriction des artères de l'estomac ; la formation d'un ulcère peut ainsi être favorisée et sa guérison empêchée.

Strauss fait remarquer, en outre, que la traction continuelle de la hernie sur l'estomac empêche la cicatrisation de l'ulcère.

Faisons remarquer en passant, au sujet de l'opinion de Kelling, que les lésions organiques, causées par ces troubles réflexes, seraient très souvent loin d'être définitives. Des guérisons complètes ont été obtenues, après de longues années de souffrance, par la seule cure radicale de la hernie. Elles seraient d'ailleurs très longues à se produire.

Plusieurs auteurs ont constaté que certaines hernies épigastriques congénitales ne sont pas douloureuses. Aussi ne serait-il pas logique d'admettre que certains sujets sont porteurs de hernies épigastriques sans s'en douter. Lorsque ces malades commencent à souffrir de leur affection stomacale, leur attention est attirée sur leur région épigastrique. Ils décou-

vrent à ce moment leur hernie, d'ailleurs rendue plus visible par l'amaigrissement qu'ils ont subi. Ils établissent une relation entre ces deux faits et attribuent parfois à la hernie les douleurs et les symptômes digestifs dus à la lésion sous-jacente, alors qu'il n'y a qu'une simple coïncidence.

e) Il nous reste encore à citer sur la question l'opinion de Vernet, pour qui les troubles fonctionnels des hernies seraient dus à un pincement latéral momentané de l'intestin.

f) Et enfin l'opinion de Tripier et Paviot. Ces auteurs constatèrent que sur 18 autopsies de sujets atteints de hernies, 16 présentaient des lésions de péritonite répandues sur divers points du péritoine, avec prédominance près de la hernie, d'une part, et, d'autre part, au niveau de la région sous-hépatique. De cette constatation, Tripier et Paviot concluent :

« Classiquement, on considère les adhérences voisines des hernies et les phénomènes péritonitiques aigus, parfois signalés, comme devant se rattacher à une extension de l'inflammation herniaire ou à une affection intercurrente. Mais il y a toutes probabilités pour que les lésions de péritonite sous-hépatique soient primitives et jouent un rôle important dans la production des hernies. L'on ne saurait dénier, en effet, l'influence que peut avoir l'inflammation du péritoine sur les tissus sous-jacents pour les rendre plus ou moins inertes et faciles à déprimer sous l'influence des efforts même physiologiques. »

Ainsi donc, la péritonite sous-hépatique serait une cause favorisante de hernies. Pour ces mêmes auteurs, les troubles fonctionnels pourraient aussi dépendre de lésions de péritonite ancienne ou récente.

De cette revue impartiale des différentes pathogénies des troubles digestifs et douloureux des hernies épigastriques, nous concluons qu'aucune pathogénie ne rend compte à elle seule de tous les faits observés. Il faut admettre une théorie mixte, où l'on fait jouer un rôle à la fois aux adhérences épiploïques, aux réflexes partis du pédicule herniaire, aux lésions gastriques sous-jacentes. Et encore l'esprit n'est-il pas complètement satisfait. Il reste une large place à la séduisante théorie que nous allons maintenant exposer.

CHAPITRE IV

Les hernies épigastriques sont pour la plupart des hernies du ligament rond du foie

(Pathogénie de VILLARD)

M. le professeur agrégé Villard ayant eu à opérer, il y a une dizaine d'années, une jeune femme qui souffrait beaucoup d'une hernie épigastrique, avait été frappé, au cours de l'intervention, de ne rencontrer qu'une espèce de lipome en bouton de chemise, ayant passé au travers de la ligne aponévrotique sans aucun cul-de-sac péritonéal. Il avait réséqué ce lipome préherniaire et la guérison des douleurs avait été radicale.

Il n'était pas loin de penser que cette guérison avait été surtout obtenue par l'impression psychique de l'intervention.

Mais il y a deux ans, ayant à pratiquer une laparotomie sus-ombilicale chez un malade atteint d'une hernie épigastrique, notre maître fit passer son inci-

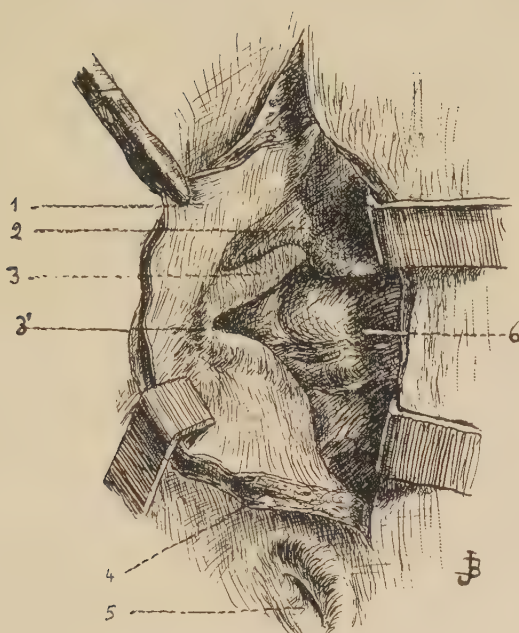


FIG. 1

Après incision de la paroi tout entière, y compris le péritoine, on a rabattu cette paroi sur la droite du sujet ; l'on voit en : 1, le péritoine ; 2, le foie ; 3, le ligament rond suspenseur du foie ; 3', le même s'engageant dans la hernie et entraînant légèrement le péritoine ; 4, tranche de section de la paroi ; 5, ombilic ; 6, masse intestinale.

sion un peu à gauche de celle-ci. En renversant la paroi, il put alors se rendre compte que « le bord antérieur du foie était fortement descendu et attiré presque au contact de l'orifice externe de la hernie, bien que le péritoine fût à ce niveau à peine déprimé ». Cette traction était exercée par le ligament rond du foie, qui était engagé au travers de l'aponévrose, et on put s'assurer, en incisant les téguments au-devant de la hernie, que celle-ci était uniquement constituée par la masse adipeuse du ligament.

En effet, les tractions faites avec une pince sur cette masse adipeuse entraînaient la partie du ligament rond visible par l'abdomen.

Il s'agissait, sans doute possible, d'une hernie de la ligne blanche constituée par le ligament adipeux du foie. Le schéma n° 1, pris au moment de l'opération, nous rend compte de cette disposition.

Depuis cette époque, M. Villard a vérifié toutes les hernies épigastriques qu'il a rencontrées et a presque toujours trouvé que la hernie était formée par le passage au travers de la ligne blanche d'une partie plus ou moins grande du ligament rond.

Il conclut, de ses observations, « que la plupart des hernies épigastriques sont des hernies du ligament rond du foie à travers la ligne blanche ».

D'autres auteurs ont aussi constaté la présence du ligament rond, mais sans en tirer des conclusions.

Leriche lui-même l'a rencontré très nettement une fois et, après avoir bien étudié sa position, a été convaincu qu'il l'avait déjà rencontré sans l'avoir authentiqué.

Nous allons reproduire, dans ce chapitre, les observations que nous avons pu recueillir sur la question et qui viennent à l'appui des idées pathogéniques de M. le docteur Villard. Nous en tirerons ensuite quelques déductions.

OBSERVATION I

(Docteur VILLARD)

Hernie épigastrique

Douleurs irradiées autour de l'épigastre. — Petit lipome constitué par le ligament suspenseur du foie. — Résection. — Résultat fonctionnel parfait.

G... Henri, 52 ans. — Salle Saint-Joseph, année 1911. — 16 juin.

Le malade arrive de la salle Saint-Bruno (service du docteur Leclerc) où il était en traitement depuis le 29 mai.

Il dit souffrir beaucoup au niveau de l'épigastre et avoir été envoyé dans le service, car à Saint-Bruno on avait porté le diagnostic de hernie épigastrique.

Père mort à 72 ans. — Sœur morte à 59 ans de cancer. — Frère mort à 49 ans d'affection indéterminée.

A eu à l'âge de 21 ans, pendant son service militaire, une arthrite du genou gauche qui mit quatre mois à guérir. Le malade n'a plus souffert depuis de ce genou. Toujours au service militaire, fièvre typhoïde et bronchite qui n'a jamais guéri depuis.

A signaler, à 36 ans, des fractures de côté multiples. Nie toute affection vénérienne. Passé éthylique. Actuellement (depuis 12 ans) un litre de vin par jour.

L'affection actuelle remonte au 8 mai.

A cette date, le malade, qui est perceur dans un atelier mécanique, ayant eu à manier une pièce de 400 kilogs, assisté seulement d'un autre homme, ressentit brusquement sans qu'il y ait eu faux mouvement, une douleur extrêmement vive au creux épigastrique. Ces douleurs s'irradièrent par la suite jusqu'au niveau des mamelons, rendant la station debout impossible, surtout si elle se prolongeait.

La marche était très ralentie et très douloureuse.

Depuis l'accident, chaque jour, deux ou trois vomissements se produisirent, rendant l'alimentation insuffisante ; d'où perte d'une dizaine de kilos environ.

L'état devenant de plus en plus grave, le malade entre le 29 mai à l'Hôtel-Dieu.

Actuellement : la palpation de la région épigastrique qui est assez douloureuse en un point déterminé, montre à ce niveau la présence d'une petite tumeur de consistance moyenne, se dérobant sous le doigt et facilement réductible.

Cette tumeur du volume d'une noisette est douloureuse à la pression, et, lorsque l'on fait pousser le malade, on note une expansion très nette.

La réduction étant opérée, on sent dans la paroi abdominale un petit orifice arrondi, situé un peu en dehors de la ligne médiane, à droite, à peu près à mi-hauteur entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

Lorsque la tumeur est rentrée, la pression de l'orifice est encore plus douloureuse qu'auparavant.

Intervention le 20 juin : On fait l'incision sur la ligne médiane, à gauche de la hernie.

En provoquant la hernie, on se rend compte qu'il s'y engage le ligament suspenseur du foie. (Voir fig. 3.)

On remarque sur la face inférieure du foie de nombreuses adhérences avec le pylore et le duodénum. On les sectionne aux ciseaux.

L'estomac et le duodénum sont dilatés : le grêle est normal. Sur la face supérieure du pylore, on voit la cic-

trice nacrée de l'ancien ulcère pylorique ou duodénal. Le malade sera à surveiller à l'avenir à ce point de vue.

Résection du ligament suspenseur du foie. Surjet. Léger hématome. Un peu de température.

Revu le malade à la visite le 28 juillet : Résultat fonctionnel parfait.

OBSERVATION II

(Docteur VILLARD)

Hernie sus-ombilicale

Troubles gastriques datant de deux ans et concordant avec un léger traumatisme. — Ligament rond dans le sac herniaire. — Résection de ce ligament. — Sort guéri de ses troubles digestifs.

M... Jean-François, âgé de 44 ans, entre salle Saint-Joseph, le 16 février 1911, venant du service du docteur Mouisset. De l'observation prise dans ce service de médecine nous extrayons les renseignements suivants :

Le malade est un ancien saturnin, et éthylique. Il est porteur de lésions mitrales (Rétrécissement avec insuffisance).

Il eut un traumatisme du thorax (Chute sur le coin d'un étau), suivi d'hémoptysie en janvier 1909. On observe au point de vue pulmonaire une légère modification des bruits physiologiques au sommet droit.

Au point de vue gastrique, le malade fait remonter les troubles dont il souffre au 2 janvier 1909, c'est-à-dire à deux ans. Avant cette date, il ne se plaignait pas de troubles gastriques : il mangeait bien, digérait facilement malgré la rapidité de ses repas. Il ne s'était aperçu de rien d'anormal au niveau de son épigastre : il dit, notamment, n'y avoir jamais vu de saillie ni de tension.

Après l'accident, il a été traité pour phénomènes pulmonaires : il avait, en effet, craché du sang deux jours après son traumatisme et s'était mis à tousser.

Le malade dit qu'en même temps que ces troubles pulmonaires existaient des phénomènes gastriques caractérisés par des digestions pénibles (éructations, renvois acides, ballonnement et tension épigastrique).

Les troubles gastriques étaient marqués trois heures après les repas. Souvent le malade éprouvait un besoin irrésistible de sommeil après le repas de midi.

Comme troubles subjectifs, le malade se plaignait surtout de douleurs sur la région épigastrique et au niveau de l'appendice xyphoïde ; cette région était douloureuse au réveil jusqu'à ce que le malade ait pris des aliments. Jamais de vomissements, jamais de malena. Le malade est sujet aux diarrhées.

Il avait supprimé à la fin le vin de son alimentation et s'en trouvait mieux. A l'examen, on est frappé de la tension exagérée de l'épigastre et de l'hypocondre gauche même à jeun. Après les repas, le ventre est ballonné et très dur. L'exploration de l'estomac à jeun par le cathétérisme de l'œsophage montre qu'il n'y a pas de rétention. Le lavage de l'estomac qui suit donne des eaux claires et non odorantes.

On note sur la ligne blanche, un peu à gauche et à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, un petit nodule roulant sous le doigt mais ne rentrant pas dans l'abdomen. La palpation est un peu douloureuse à ce niveau. Le malade ne s'était jamais aperçu de la présence de ce nodule qu'on découvrit seulement à l'examen objectif.

Devant les troubles gastriques et douloureux persistants, le docteur Villard, qui pense à des troubles réflexes dus à la hernie épigastrique dont le malade est porteur, propose l'intervention.

Intervention le 22 février : Laparotomie sus-ombilicale. On trouve un lipome du volume d'une noisette pénétrant

dans l'abdomen par un pédicule très étroit, lequel passe par un orifice également très petit. Derrière ce lipome, on trouve un péritoine très aminci, avec une ébauche de sac. On trouve immédiatement derrière le péritoine, dans le sac, le ligament rond du foie et le bord antérieur de celui-ci apparaît même comme attiré par le bord antérieur de ce ligament. (Voir fig. 4.)

Résection du sac et du ligament rond hernié.

Fermeture de l'aponévrose au catgut. Fil métallique en U.

Un mois après l'intervention, le malade éprouve une très grande amélioration : les douleurs épigastriques ont disparu, plus de renvois ; pas de ballonnement, diminution de la tension épigastrique. Le malade se sent bien au point de vue de l'estomac ; il ne se plaint que d'un peu de constipation et d'un peu d'anorexie.

N'a été revu dans aucun des deux services depuis cette époque.

OBSERVATION III

Accidents abdominaux. — Hernie épigastrique

Cure radicale. — Néoplasme du foie. — Broncho-pneumonie. — Mort.

R... Jean, 63 ans. Entre salle Saint-Joseph en octobre 1912 pour douleurs abdominales datant d'environ un mois et s'accompagnant de vomissements fréquents. Le malade est abattu, répond mal. Il se plaint de souffrir du ventre au niveau de l'ombilic.

Il a deux enfants âgés. Aucune affection antérieure. Depuis cinq ans, il a constaté une hernie épigastrique qui semble renfermer de l'épiploon et n'a pas occasionné de troubles. Mais il aurait maigri depuis plusieurs mois.

Depuis un mois va difficilement à la selle et vomit pres-

que tous les jours peu de temps après les repas. Etourdissements dans la station debout suivis de chute.

La palpation amène de la réaction de la paroi surtout au-dessus de l'ombilic sur la ligne blanche et aussi dans la région hépatique ; la pression est plus douloureuse au niveau de la hernie. Le ventre est un peu affaissé dans sa partie sus-ombilicale ; à la palpation, on ne sent aucune tumeur. Le foie seul semble déborder les fausses côtes, surtout en dedans.

Du côté de l'appareil digestif : langue normale, pas de péristaltisme gastrique. Toucher rectal et réaction de Weber négatifs. Pas de ganglions de Troisier. Rien aux poumons. Souffle systolique à la partie moyenne du sternum. Pouls bondissant. Réflexes conservés.

Intervention, le 31 octobre 1912, sur la hernie épigastrique qui paraît être le point le plus douloureux au palper. Pas de sac herniaire net ; pas d'intestin, mais du tissu lipomateux. Laparotomie gauche. En tirant sur le pédicule, on attire le ligament rond. On sectionne celui-ci aussi haut que possible. Fermeture de la paroi. (Voir fig. 3.)

La pièce a été conservée.

Le malade meurt. A l'autopsie :

Pas de pus dans le péritoine. Les fils profonds semblent pourtant s'être désunis au niveau de la plaie abdominale.

Lésions de broncho-pneumonie du sommet droit. Ramollissement du sommet gauche.

On trouve le long de la petite courbure des ganglions néoplasiques de la chaîne coronaire ; on en trouve encore le long du bord supérieur du pancréas ; au niveau du hile du foie ; vers le hile du rein gauche. D'ailleurs, on constate des noyaux de généralisation hépatique et péritonéale disséminés. Au niveau de la facette rénale du foie, il y a un gros bloc néoplasique. Mais on ne peut trouver de localisation primitive.

OBSERVATION IV

(Docteur VILLARD)

Hernie épigastrique chez une jeune femme de 27 ans

Accidents gastriques douloureux. — Ligament rond dans la hernie. — Pas de lésions gastriques.

M... Suzanne, 27 ans. Salle Gensoul. Année 1913.

Mal de Pott lombaire inférieur dont il reste une cyphose assez marquée. A cette petite hernie depuis l'âge de trois ans. Pendant longtemps elle ne la gêna pas, mais elle devint de temps en temps douloureuse pendant ces dernières années. Depuis environ un mois, la malade en souffre souvent, surtout immédiatement après les repas. Vomissements fréquents.

Intervention le 20 août 1913. Laparotomie sus-ombilicale. Vérification de l'estomac à cause des troubles gastriques accentués présentés par la malade. Aucune lésion de l'estomac. Par contre, le ligament rond du foie fait une anse dans la hernie. (Fig. 3.)

Cure radicale. Fermeture un peu pénible.

OBSERVATION V

(Recueillie à Saint-Etienne dans le service de M. le docteur MARTEL.)

Hernie sus-ombilicale

Simple hernie du ligament rond du foie. — Résection. Guérison parfaite.

B... François, âgé de vingt-sept ans, entre à l'hôpital de Bellevue, le 5 avril 1913, pour une tumeur épigastrique.

Rien d'intéressant à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux : Pas de néoplasme. Pas de hernies.

Du côté des antécédents personnels, aucune maladie importante. Ethylisme.

Le malade travaille de son métier de métallurgiste depuis l'âge de treize ans.

Il s'est aperçu de l'existence de sa hernie à l'âge de dix-huit ans. Aucun relation entre un traumatisme et l'apparition de cette hernie. Cette tumeur augmenta peu à peu jusqu'à devenir de la grosseur d'un œuf de poule le soir, après une journée de fatigue. Le sujet était alors plus gros que maintenant et sa hernie le gênait davantage dans les mouvements de force. Il ne pouvait, dit-il, se baisser sans douleur après les repas. Au repos, hernie non douloureuse, digestion à peine pénible : un peu de pesanteur seulement après les repas. Pas de constipation. Pas de voissements.

Il y a huit mois, notre sujet fut soigné, paraît-il, pour embarras gastrique fébrile et dut interrompre son travail pendant un mois. Il le reprit au bout de ce laps de temps, mais depuis cette époque il éprouva des troubles digestifs plus accentués : quelques aigreurs, mauvais goût de la bouche, pas de vomissements. Quelques tiraillements épigastriques irradiés surtout à droite. Appétit conservé. Pas d'hématémèse ni de mœlena. Le malade a maigri, dit-il, de quelques kilogs, mais cet amaigrissement avait débuté avant l'accentuation des troubles gastriques. Le malade va trouver M. le docteur Martel, qui rapporte ces troubles gastriques à l'existence de la hernie et lui conseille de se faire opérer.

A l'entrée dans le service :

Malade robuste et bien constitué. On note dans la région de l'épigastre, à 7 centimètres au-dessus de l'ombilic, une petite tumeur du volume d'une grosse noix, pâteuse, à contours mal limités, mate à la percussion, indolore à la

palpation, irréductible. Peu modifiée par la toux et la position verticale.

Pas d'autres hernies à signaler.

On note :

Distance xypho-pubienne : 0,26 centimètres.

Distance xypho-ombilicale : 0,14 centimètres.

Distance pubo-ombilicale : 0,12 centimètres.

Le malade est opéré le 8 avril 1913.

Incision sus-ombilicale médiane. On tombe sur une tumeur grasseuse, assez vasculaire, déjetée à gauche de la ligne médiane. On dissèque ce lipome qui nous mène à son orifice de sortie de l'abdomen, un peu à droite de la ligne médiane, par une solution de continuité de l'aponévrose siégeant transversalement à ce niveau, sur une étendue de trois centimètres environ. On s'aperçoit alors que ce tissu devenant de moins en moins grasseux s'enfonce profondément dans la direction du foie et qu'il s'agit du ligament suspenseur du foie qui s'était chargé de graisse et avait fait issue à travers la paroi abdominale. En effet, des tractions sur ce ligament permettent d'amener le bord antérieur du foie vers la plaie opératoire et de voir le point d'implantation du ligament sur le foie. (Voir fig. 3.)

On n'aperçoit par la plaie aucune lésion de l'estomac.

On résèque la plus grande partie de la portion herniée du ligament après ligature serrée du pédicule qui paraît très vascularisé. On fixe ce ligament à la paroi abdominale. On refait soigneusement cette paroi au catgut n° 6.

Les suites opératoires furent simples : il n'y eut pas d'hématome, ce que l'on craignait un peu vu l'abondante vascularisation de la paroi et la difficulté de l'hémostase. Le malade partit guéri trois semaines après l'opération. Le malade a été revu ces jours-ci (15 novembre, il n'a plus souffert de l'estomac ni vomi depuis sa sortie de l'hôpital. Il a engraisé de quatre kilogs et a repris son métier de métallurgiste.

OBSERVATION VI

(Recueillie dans le service de M. le docteur MARTEL.)

Hernie sus-ombilicale

Troubles gastriques douloureux. — Simple hernie du ligament rond. — Résection de ce ligament. — Guérison définitive.

B... Jean, âgé de 44 ans, exerçant la profession de mineur. Ce malade était soigné au Pavillon 2 A B pour coxalgie. Il résolut de profiter de son séjour dans le service pour se faire opérer d'une petite tumeur épigastrique lui occasionnant quelques troubles digestifs et quelques irradiations douloureuses.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel intéressant à signaler. Buvait deux ou trois litres de vin dans sa jeunesse.

Notre sujet, qui travaille depuis l'âge de seize ans, s'aperçut de l'existence de sa hernie à dix-huit ans. Il n'a noté aucune relation entre un effort et l'apparition de cette hernie. Il n'éprouvait, comme troubles gastriques, qu'un peu de pesanteur après les repas et quelques tiraillements douloureux dans la région épigastrique. Mais cette hernie était, en somme, bien tolérée, puisque c'est un peu par occasion que le malade se décide à se faire opérer.

A l'examen on note :

Sur la ligne médiane, à 6,5 centimètres au-dessus de l'ombilic, petite tumeur de la largeur de la paume de la main d'un enfant de cinq ans, pâteuse, mal limitée, indolore à la palpation, à peine réductible. Peu modifiée par les efforts de toux, par la position debout et par les mouvements respiratoires forcés.

Un peu au-dessus de cette tumeur, toujours sur la ligne médiane, légère impulsion de la paroi visible pendant la toux, sans hernie véritable. Pas d'autres hernies à signaler aux lieux d'élection.

On mesure :

Distance xypho-pubienne, 0,27 centimètres.

Distance xypho-ombilicale, 0,14 centimètres.

Distance pubo-ombilicale, 0,13 centimètres.

On opère le malade le 14 avril.

Incision sus-ombilicale médiane. Vascularisation abondante de la paroi. On trouve un assez volumineux lipome qu'on dissèque. Pas de sac herniaire. On arrive au pédicule qui fait issue de l'abdomen transversalement à droite de la ligne médiane à travers les fibres dissociées de la ligne blanche, sur une largeur de 2 centimètres environ.

Agrandissement de l'orifice. On tombe sur un ligament très grasseux, adhérent au péritoine environnant. Si on suit ce cordon, on arrive jusqu'à sa base d'implantation adhérente au foie. Il s'agit bien du ligament rond suspenseur du foie. (Voir fig. 3.)

On résèque une portion de ce volumineux ligament après ligature serrée, vu son abondante vascularisation. On fixe la partie en rapport avec le foie à la paroi abdominale.

Au-dessus de cette hernie, verticalement, sur la ligne médiane, le toucher montre, comme nous l'avions déjà remarqué, une petite solution de continuité sans hernie vraie.

On refait soigneusement cette paroi faible au catgut n° 6. On fait une hémostase aussi soignée que possible des plans sous-cutanés très vasculaires.

A noter que le malade eut le lendemain de l'opération et pendant deux jours quelques coliques, quelques tiraillements, quelques vomissements qui disparurent très rapidement.

Il sortit du service deux mois après l'opération parfaitement guéri de ses troubles digestifs.

Cette guérison se maintient encore parfaite six mois après l'intervention.

OBSERVATION VII

(Docteur VIANNAY)

Tabes. — Troubles gastriques. — Hernie épigastrique

Cure radicale de la hernie. — Amélioration des symptômes.

G... Pierre entre à l'Hôpital de Bellevue dans le service du docteur Magdinier, pour troubles gastriques liés à un tabes. Comme il est porteur d'une hernie épigastrique, on s'est demandé quelle part pouvait avoir la hernie dans la production de ces troubles, et on décide une intervention qui sera à la fois explorative et curative.

Le 13 septembre 1913, le docteur Viannay fait une laparotomie sus-ombilicale médiane pour explorer l'estomac. L'incision passe à gauche de l'ombilic. Sur l'estomac, on ne découvre pas de lésion, sauf une petite bride blanche qui descend de l'épiploon gastro-hépatique sur la petite courbure. Pas d'induration des tuniques gastriques, pas de sténose pylorique. On n'intervient pas sur l'estomac. On s'occupe alors de la hernie épigastrique. Celle-ci est constituée par un petit lipome sans sac qui est manifestement un prolongement du tissu adipeux du ligament rond, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'examen de la paroi sus-ombilicale faite à la faveur de la laparotomie. Ce lipome s'échappe par un petit interstice aponévrotique de la ligne blanche. (Voir fig. 3.)

Depuis cette opération — il y a quatre mois — les crises gastriques sont moins fréquentes et surtout bien moins douloureuses.

OBSERVATION VIII

(Docteur VIANNAY)

Hernie épigastrique. — Cancer de l'œsophage

Cure radicale de la hernie et gastrostomie. — Cessation des symptômes épigastriques douloureux.

P... Jean, 61 ans, entre à Bellevue pour des troubles dysphagiques datant d'un mois et relevant d'un néoplasme œsophagien. Depuis plus de 30 ans a constaté la présence d'une petite hernie épigastrique et qui ne le gênait nullement.

Dans la même séance, on pratique une gastrostomie et la cure de la hernie.

On fait une incision transversale de la peau partant de la hernie et se dirigeant vers le rebord des fausses côtes gauches.

On découvre un lipome du volume d'une grosse noix, s'échappant par un hiatus aponévrotique de la ligne blanche. Les tractions sur ce lipome amènent au dehors une masse graisseuse attenant à la précédente.

Les tractions sur ce second lipome extériorisent une masse de tissu conjonctivo-graisseux qui fait penser qu'il s'agit du ligament rond du foie.

Effectivement, après débridement de l'orifice aponévrotique et ouverture d'un sac péritonéal inclus dans le premier lipome, on voit nettement, en répétant les tractions, que l'on attire et que l'on tire le ligament rond dans sa portion pariétale. (Fig. 3.)

Excision des lipomes, suture au catgut du plan aponévrotique débridé.

On se reporte alors à l'extrémité externe de l'incision transversale et, en ce point, on pratique une petite laparotomie et une gastrostomie par le procédé de Witzel.

OBSERVATION IX

Hernie épigastrique renfermant de l'épiploon et le ligament suspenseur du foie

(CHAMPIONNIÈRE) *in* thèse LEPAGE

W... Michel, brasseur, 37 ans, souffrant depuis trois mois de douleurs survenant demi-heure après les repas, sans relation avec la nature des aliments, douleurs suivies de vomissements et s'irradiant à tout le corps, entre à l'Hôpital Saint-Louis le 1^{er} février 1888. Les vomissements sont d'abord muqueux puis alimentaires. sont d'abord muqueux, puis alimentaires.

Très vigoureux, le dernier de treize enfants bien portants. Son père est mort à 50 ans, d'affection de la gorge, en 6 mois. Sa mère est morte, à 60 ans, de maladie de poitrine. Pas de hernies dans la famille.

Un médecin appelé pour ces troubles gastriques constate la présence d'une petite hernie, située à peu près à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic. Cette hernie offre les dimensions d'une grosse amande et est complètement réductible. Elle n'augmente pas notablement de volume dans les efforts ; elle est le siège de douleurs vives.

Le malade a porté un mois un bandage spécial qui ne l'a soulagé en rien. Il ne quitte ce bandage qu'à son entrée.

Opéré le 9 février : Incision de la peau de 5 à 6 centimètres. Dissection du tissu cellulaire sous-cutané ; on tombe sur une hernie qui se présente sous la forme d'une petite masse trilobée, jaunâtre, enveloppée d'une mince toile cellulaire.

Le sac est ouvert, l'épiploon est attiré au dehors : on voit alors au-dessous et en arrière de l'épiploon, et s'engageant en même temps que lui dans le sac, l'extrémité

antérieure du ligament suspenseur et le cordon fibreux, gros comme un petit crayon, résultant de l'oblitération de la veine ombilicale. (Fig. 4.)

Une petite éponge montée bouche la partie inférieure de l'orifice herniaire qui était si petit qu'il a fallu le débrider. Le ligament suspenseur et la veine ombilicale sont refoulés immédiatement. Quant à l'épiploon, situé à la partie supérieure, on le saisit dans une ligature en chaîne, on le résèque au-dessous et on le refoule dans la cavité abdominale après l'avoir touché avec la solution forte. Quatre points perdus au catgut sur l'orifice herniaire. Lavage de la plaie. Sutures superficielles au crin de Florence. Pas de drain. Durée de l'opération : 45 minutes.

Epiploon réséqué : 7 grammes.

Le malade sort le 15 février 1888.

Nous avons pu revoir le 8 mars dernier (8 mars 1897), c'est-à-dire 9 ans après, cet opéré qui est actuellement cantonnier de la ville de Paris. Il est sorti de l'hôpital n'ayant ni vomissements, ni douleurs, et a repris son travail quatre jours après sa sortie. Il a alors repris quelques troubles digestifs, pour lesquels il s'est rendu chez Championnière, qui a conseillé un régime lacté mixte.

Actuellement, le malade ne ressent absolument plus rien. Son état de santé est parfait.

OBSERVATION X

Hernie épigastrique renfermant de l'épiploon et le ligament suspenseur du foie

(Observation de CHAMPIONNIÈRE, *in* thèse de FLEURY)

Le nommé R... Louis, âgé de 29 ans, entre à l'Hospice Saint-Louis le 25 juin 1887. Se plaint de violentes douleurs épigastriques avec vomissements continuels. En explorant

l'abdomen, on trouve, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, une petite tumeur arrondie et partiellement réductible.

Opération le 5 juillet. La peau est incisée, le sac est difficile à isoler. L'ouverture du sac montre une certaine quantité d'épiploon adhérent et le ligament suspenseur du foie pénétrant manifestement dans le sac par son extrémité antérieure ; il y forme une partie de la masse réductible. (Fig. 4.)

L'épiploon adhérent est réséqué en même temps que l'extrémité antérieure du ligament qui plonge dans le sac herniaire. On place sur celui-ci trois fils de catgut et cinq sur la paroi abdominale.

La peau est suturée par six crins de Florence. La plaie n'est pas drainée.

Durée de l'épreuve : 1 heure.

Chloroforme : 75 gr.

Premier pansement le 16 juillet.

Très bon résultat immédiat. Le malade sort parfaitement guéri : ni vomissements, ni coliques. Il ne porte pas d'appareil spécial, seulement un bandage de corps (1^{er} août).

Le malade s'est trouvé bien jusqu'en mars 1888. Le 12 de ce mois, il entre à l'Hôpital Necker, où il meurt de néphrite le 9 août, c'est-à-dire un an après l'opération, sans récurrence de hernie, dans le service du docteur Rendu.

OBSERVATION XI

Variété oblique de hernie ombilicale demeurée épigastrique Libération du ligament rond. — Guérison

(Docteur DELAUNAY, chirurgien de l'Hôpital Péan, *in* thèse NOURY)

Malade âgé de 56 ans. Plusieurs hernieux dans la famille. Crises douloureuses, surtout après le repas du soir,

le malade étant au lit. Vomissements, lipothymies, constipation.

Dans la région de la ligne blanche sus-ombilicale, à quatre centimètres au-dessus de l'ombilic, point douloureux.

Après avoir sectionné la peau et le tissu cellulaire, on constate, au niveau de la ligne blanche, une petite tumeur donnant assez bien l'impression d'un lipome. Cette tumeur est pédiculée et son pédicule s'engage dans un orifice de la ligne blanche. Cet orifice est serré et le pédicule lui adhère. On l'agrandit en sectionnant en haut et en bas.

Après libération des adhérences, une ligature est placée sur le petit pédicule ; la masse herniée, qui n'est autre chose que de l'épiploon, est réséquée. Lorsqu'on cherche à réduire le pédicule, on constate bien qu'il n'est plus adhérent au pourtour de l'orifice, mais il reste visible au fond de la plaie et le doigt, cherchant à le réduire, éprouve de la résistance dans la profondeur.

On agrandit l'incision aponévrotique en haut et l'on constate alors la présence d'un cordon qui n'est autre chose que la veine ombilicale, entourée plus haut du ligament suspenseur, et que l'on suit jusqu'au foie. (Fig. 3.)

En arrière, on trouve un plan fibreux contribuant à former le canal ombilical de Richet.

Libération du ligament rond. Guérison.

OBSERVATION XII

Jacob : Hernie épigastrique contenant un fibrome du ligament fibriforme du foie

Société de Chirurgie de Lyon, 23 mai 1901)

L. F..., soldat au 95^e régiment d'infanterie, âgé de 23 ans, est de constitution assez vigoureuse, bien qu'il ait été opéré, il y a un an, pour une adénite cervicale tuberculeuse.

A la fin du mois de mars dernier, au cours d'un exercice pénible de gymnastique, il ressentit une vive douleur dans la région épigastrique, douleur accompagnée de coliques et d'état nauséeux. Le soir même, il constatait l'existence d'une tumeur.

Le malade entre dans notre service le 7 avril.

On note, à quatre centimètres environ au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane, l'existence d'une tumeur présentant le volume d'une grosse amande. Elle est mate, dure au centre, lobulée à la périphérie ; elle est complètement irréductible et n'augmente pas quand le malade tousse. La peau glisse sur elle ; elle est, elle-même, en partie mobilisable sur les plans qui constituent la paroi abdominale, mais elle leur est unie par un pédicule qui est plus dur que le reste de la tumeur et qui traverse manifestement la paroi par un orifice dont on sent le rebord.

La traction sur ce pédicule est douloureuse et les douleurs s'irradient dans le ventre, tantôt à gauche, tantôt à droite, en s'accompagnant d'un état nauséeux pénible.

Cette tumeur, non douloureuse à la pression, donne naissance à des coliques vives et à un état nauséeux marqué surtout après les repas, dès que le malade veut se livrer à un exercice un peu violent.

Le diagnostic s'imposait. Nous avons affaire à une masse grasseuse sous-péritonéale herniée au travers d'un orifice de la ligne blanche. Mais qu'y avait-il en son centre ?

L'opération est pratiquée le 17 avril. La tumeur mise à nu est constituée par de la graisse sous-péritonéale, étalée comme un champignon sur la paroi abdominale. La ligne blanche est sectionnée, au-dessus et jusqu'à l'anneau, pour bien mettre à découvert le pédicule ; la masse grasseuse est dissociée en partant du pédicule.

Nous trouvons un petit sac péritonéal vide, pouvant loger la pulpe de l'index, très mince. Il adhère à une portion de la masse grasseuse, beaucoup plus épaisse et

plus dure que le reste. Le sac est isolé, lié et excisé. (Voir fig. 5.)

Nous enlevons alors la masse grasseuse, qui se dissocie facilement, sauf à sa base où elle adhère et forme un pédicule que l'on lie et que l'on coupe.

La paroi est fermée par deux points de suture.

Examen de la pièce : La masse enlevée est formée par de la graisse sous-péritonéale. A son centre, entièrement confondue avec le reste de la masse grasseuse dont on ne peut la séparer qu'avec les ciseaux, on trouve une masse blanche, fibreuse, très résistante, ayant les dimensions et la forme d'un noyau d'olive, dont l'extrémité inférieure, coupée net, correspond au pédicule que nous avons lié et réséqué. Sur la surface de section, on aperçoit les deux orifices d'un canal que l'on retrouve replié sur lui-même, sur toute la longueur de cette masse fibreuse, après avoir incisé cette dernière en deux moitiés.

On se rend compte alors que cette masse est une portion très épaisse, véritable fibrome, du ligament rond et que le canal qui a été sectionné est le vestige de la veine ombilicale qu'il contient dans son épaisseur. Ce ligament rond est sous-péritonéal dans une certaine étendue de son parcours sus-ombilical. Il a été attiré avec et par la graisse sous-péritonéale au travers de l'orifice anormal que présentait la ligne blanche ; il s'est coudé et soudé à lui-même et à la graisse qui l'entourait, formant ainsi ce noyau dur que nous percevions dans le centre et dans le pédicule de la tumeur.

C'est sans doute au tiraillement sur le foie qu'étaient dues les coliques vives, les douleurs et l'état nauséux dont se plaignait spontanément le malade ou que l'on provoquait en faisant des tractions sur la tumeur.

Le malade est aujourd'hui complètement guéri.

Considérations sur les observations précédentes

Le fait d'avoir pu réunir sans grandes recherches douze observations de hernies épigastriques, contenant le ligament rond du foie, indique déjà que cette disposition anatomique, si elle ne se rencontre pas dans toutes les hernies, est très fréquente. Maintenant que l'attention des chirurgiens est attirée de ce côté, les cas se multiplieront.

1° Sur les douze observations que comporte notre thèse, onze concernent des hommes ; une seulement concerne un sujet du sexe féminin : on sait, en effet, que la hernie épigastrique est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. (Statistique de Berger.)

2° Toutes ces hernies sont très douloureuses, sauf deux (observ. V et VI), dont les symptômes sont plus atténués mais suffisants cependant pour nécessiter de la part des malades la demande d'une intervention.

Les douleurs notées dans les observations VII et VIII pouvaient être attribuées en grande partie à une autre cause (tabès, néoplasme de l'œsophage), mais ces malades furent améliorés notablement par l'intervention.

3° Dans huit observations, on note comme symptôme prédominant de la douleur, douleur très violente, comme dans les observations I, VII, VIII, X, XI, XII, ou plus atténuée (observ. V, VI). Dans l'observation III (malade atteint de cancer), ce sont les vomissements qui prédominent.

4° Neuf de nos malades ne présentent pas de lésions de l'estomac ; un seul présentait une cicatrice d'ulcère guéri avant l'opération ; un autre présentait des lésions cancéreuses généralisées au foie et vérifiées à l'autopsie ; enfin, un troisième présente un cancer de l'œsophage.

Mais nous ne voulons voir, dans cette coexistence de lésions de l'organe sous-jacent, qu'une simple coïncidence, les malades ne s'apercevant de leur hernie qu'à l'occasion des premiers symptômes de leur maladie d'estomac.

D'ailleurs, chez nos sujets opérés jeunes, il n'y a, de façon manifeste, aucune lésion de cet organe ; les cas contraires concernent des hommes âgés. Saujeon a pu réunir, dans sa thèse, 9 cas de hernies épigastriques chez les enfants et aucun ne présentait de lésions de l'estomac.

5° Quatre de nos hernies ont un sac. Les neuf autres n'en ont pas. Elles répondent à l'une des dispositions représentées dans les schémas 3, 4, 5.

6° Huit de nos hernies siègent à mi-hauteur entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic (observations I, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX), les quatre autres sont plus près de l'ombilic.

Quant aux résultats de la cure, ils sont les suivants :

Le malade n° III, porteur de lésions cancéreuses généralisées, ne bénéficia pas de l'intervention.

Le malade n° IX, revu 9 ans après, était parfaitement guéri.

Le malade n° X était parfaitement guéri un an après l'intervention.

Les n°s V et VI, revus six et sept mois après, étaient complètement guéris.

Les malades n°s IV, X, XI ne furent pas revus, mais ne souffraient plus ni ne vomissaient plus à leur sortie du service.

Aucun malade d'ailleurs n'est revenu à l'Hôpital pour lésions de l'estomac.

CHAPITRE V

Explication de certaines particularités cliniques des hernies épigastriques

Nous appuyant sur les douze observations précédentes, nous pouvons conclure que beaucoup de hernies de la ligne blanche sus-ombilicales sont des hernies du ligament rond du foie.

Cette pathogénie étant admise permet d'éclaircir certaines particularités cliniques mal définies jusqu'ici.

1) *D'abord l'inconstance d'un sac péritonéal.* — La hernie du ligament rond du foie se produit par le mécanisme du glissement.

Le ligament rond se trouve, en effet, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, entre la paroi abdominale et le péritoine lui-même. C'est le vestige de la veine ombilicale du fœtus qui a perdu sa fonction et s'est réduite à un simple cordon fibreux.

Ce cordon naît de l'ombilic et s'élève tout d'abord perpendiculairement le long de la ligne blanche.

Il chemine pendant ce trajet au milieu de la graisse, dans ce que Richet a appelé le canal ombilical.

Ce canal, longtemps discuté, est actuellement admis par la plupart des anatomistes. Il est limité, en avant, par la ligne blanche ; en arrière, par un épaississement fibreux du fascia sous-péritonéal appelé *fascia umbilicalis*. Ce fascia s'étend sur une hauteur de 3 à 4 centimètres environ, et accole le ligament à la paroi abdominale.

Arrivé au niveau du bord supérieur du *fascia umbilicalis*, le ligament rond continue à suivre la ligne blanche jusqu'à mi-distance à peu près entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

A ce niveau, il s'incline un peu à droite et quitte la paroi abdominale, entraînant avec lui le péritoine, de manière à former le ligament falciforme.

A l'endroit où le ligament rond quitte la paroi, c'est-à-dire à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, on rencontre fréquemment des îlots graisseux. Ainsi pourrait s'expliquer, par l'effet des tractions de la graisse sur le ligament, la fréquence de sa hernie en ce point.

Au milieu de ce tissu cellulaire lâché, le ligament rond jouit d'une certaine laxité. Il peut, par exemple, sous l'influence de la graisse qui s'hypertrophie en arrière de lui, être refoulé en avant vers la paroi abdominale et faire hernie à travers une éraillure de la ligne blanche.

On a remarqué, d'autre part, que le péritoine était très difficile à détacher du *fascia transversalis* sur les parties latérales de l'abdomen ; il était, au con-

traire, d'une dissection d'autant plus commode que l'on se rapprochait davantage de la ligne médiane. Au niveau de la ligne blanche, il se dissèque très facilement.

Le ligament rond peut donc fort bien, dans sa hernie, ne pas entraîner le péritoine, d'où absence du sac, car le sac n'est plus ici qu'un accessoire.

On comprendrait moins facilement cette absence si l'on admettait que les phénomènes douloureux sont dus à un pincement de la paroi antérieure de l'estomac comme certains auteurs le prétendaient.

Dans ce dernier cas, en effet, le péritoine serait toujours et fatalement refoulé par l'estomac vers l'interstice aponévrotique et ferait hernie avec lui en le coiffant pour ainsi dire.

Les schémas ci-contre montrent bien les différentes variétés de hernies du ligament que nous avons eu l'occasion de rencontrer. A noter que dans la figure 4 le ligament rond paraît contenu dans le sac herniaire. Cette disposition s'explique par ce fait que le ligament rond a d'abord fait hernie à travers la ligne blanche, comme on le voit dans la figure 5. Mais il a été ensuite débordé latéralement par le péritoine dont les deux bords libres sont venus se rejoindre en avant de lui.

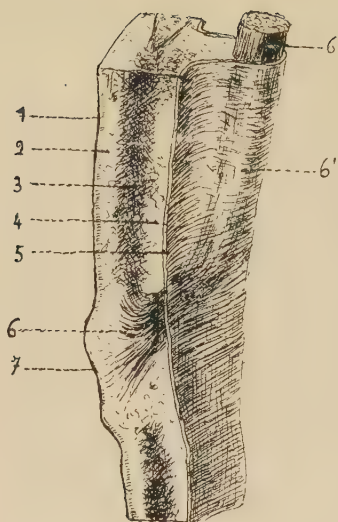


FIG. 2

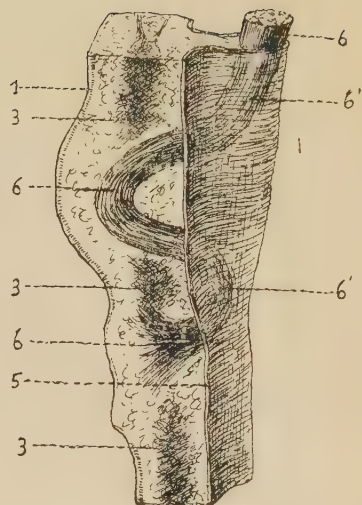


FIG. 3

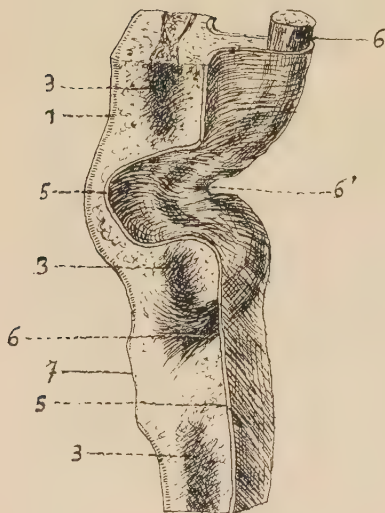


FIG. 4

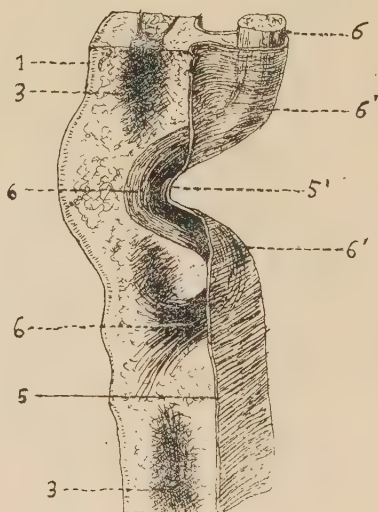


FIG. 5

FIG. 2 : disposition normale. 1, peau ; 2, tissu cellulaire sous-cutané ; 3, ligne blanche ; 4, tissu cellulaire sous-péritonéal ; 5, péritoine ; 6, ligament rond ; 6', le même, vu par transparence à travers le péritoine ; 7, ombilic. — FIG. 3 : hernie du ligament à travers une éraillure de la ligne blanche sans entraînement du péritoine. — FIG. 4 : le ligament a entraîné le péritoine qui l'entoure complètement ; le ligament paraît contenu dans le sac herniaire. — FIG. 5 : le ligament a entraîné le péritoine, mais n'en est pas entouré ; le ligament est au-devant et en dehors du sac.

B) *L'intensité paradoxale des troubles notés.* — Les troubles fonctionnels provoqués par les hernies épigastriques sont souvent, en effet, très intenses. Ils consistent en douleurs avec irradiations dorsales, xyphoïdiennes, lombaires, souvent incessantes, constituant de véritables névralgies abdominales. Souvent les troubles digestifs ne sont pas moins marqués ; c'est ainsi qu'Agostinelli cite le cas d'un malade qui avait jusqu'à 17 vomissements par jour. On peut observer enfin de la lipothymie, des syncopes. Comme on le voit, ce tableau symptomatique rappelle par son intensité celui de la colique hépatique.

Ces troubles énormes sont loin d'être en rapport avec la lésion qui paraît minime consistant souvent en un simple lipome ; ils sont bien loin d'être à comparer à ceux provoqués par les autres hernies — crurales ou inguinales — qui ont pourtant des signes physiques plus nets.

Remarquons encore avec tous les auteurs qui se sont occupés de la question, que les hernies les plus petites, ne comprenant même qu'un simple lipome, sont généralement les plus douloureuses. Nous aurons, en admettant les idées du professeur Villard, une explication très simple de ces phénomènes paradoxaux :

On a pris bien souvent pour un lipome préhénal le ligament rond du foie que l'on n'avait pas authentiqué.

Les symptômes notés s'expliquent alors par des tiraillements sur le foie de ce ligament qui se comporte à la façon d'une adhérence pathologique.

Et l'on connaît les troubles intenses que les adhérences du foie, notamment les adhérences vésiculaires, ont coutume d'entraîner.

c) *Explication de l'extrême fréquence des hernies de la ligne blanche sus-ombilicale comparées aux hernies sous-ombilicales.* — Les hernies sus-ombilicales sont beaucoup plus fréquentes que les hernies sous-ombilicales. C'est que les hernies sous-ombilicales sont surtout des hernies de force, tandis qu'en acceptant l'hypothèse de la hernie du ligament rond, on doit admettre l'origine congénitale de la plupart des hernies sus-ombilicales.

Les malformations congénitales peuvent, en effet, être fréquentes dans cette région. L'on sait que le premier vestige de la paroi ventrale est constitué par la *membrana reuniens inferior* de Rathke. C'est au sein de cette membrane que se développent les muscles et les os de la paroi abdominale. Ceux-ci partent des protovertèbres pour se rapprocher graduellement de la ligne médiane. S'il survient à un moment de la vie fœtale un très léger arrêt de développement des produits de la protovertèbre, l'on aura, sur une étendue plus ou moins grande de la ligne médiane, une paroi formée uniquement par la membrane de Rathke, dont la lame externe donne plus tard la peau et la lame interne le péritoine pariétal. On comprend facilement que le ligament rond accolé à la paroi abdominale fasse hernie à la faveur de la plus légère solution de continuité due à cet arrêt de développement.

Ces arrêts de développement sont d'ailleurs, en général, peu accentués et consistent, ainsi que l'a résumé Saujeon, soit en un défaut de fermeture de l'une des mailles aponévrotiques du raphé médian, soit dans l'absence ou la faiblesse de l'extrémité interne de l'une des intersections tendineuses, soit enfin dans la structure défectueuse d'un segment de la ligne blanche compris entre deux intersections tendineuses.

d) *Les heureux résultats de la cure radicale s'expliquent enfin de façon très satisfaisante.*

Avec les pathogénies invoquées autrefois, on se demandait, en effet, comment la simple résection d'un lipome sans sac, sans épiploon, pouvait amener une guérison définitive de l'opéré. Pourtant, les cas réunis étaient nombreux et l'on concluait qu'il s'agissait d'une simple influence psychique. Ces sujets opérés, sans doute des névropathes, dont l'attention avait été attirée par les signes physiques de leur petite hernie, oubliaient leur mal dès que ces signes n'existaient plus. Mais l'esprit n'était pas satisfait, car les troubles fonctionnels étaient bien réels et disparaissaient après l'opération.

Avec la pathogénie que nous proposons, ce fait paradoxal s'explique. Les symptômes sont dus à des tiraillements du ligament sur le foie. Après résection et libération de ce ligament, le foie n'est plus tiraillé par son intermédiaire sous l'influence de la poussée abdominale et les troubles fonctionnels cessent aussitôt. Quoique le ligament soit plus court,

du moment que la paroi est refaite, il n'y a plus de poussée, donc plus de tiraillements et plus de douleurs.

CONCLUSIONS

I. — La pathogénie des troubles fonctionnels au cours des hernies épigastriques présente encore bien des points obscurs. Aussi a-t-on fait jouer un rôle aux adhérences épiploïques, aux réflexes partis du pédicule herniaire, aux lésions gastriques sous-jacentes.

II. — Ces différentes causes entrent certainement pour une part dans la pathogénie des accidents, mais ne peuvent s'appliquer à tous les cas.

III. — Le plus souvent, les troubles fonctionnels des hernies épigastriques sont sous la dépendance — comme l'a montré M. Villard — du glissement du ligament rond dans le trajet herniaire et des tiraillements qui sont exercés ainsi sur le foie.

IV. — Cette pathogénie permet de comprendre l'ensemble des troubles paradoxaux déterminés par

les hernies épigastriques et d'expliquer comment on peut les observer en dehors de l'existence de tout sac herniaire.

V. — Les hernies épigastriques sont plus habituellement dues aux prédispositions congénitales.

VI. — Le traitement consiste dans la résection du ligament hernié, l'ablation du sac, s'il en existe un, et la fermeture de l'orifice pariétal.

VU :

Le Doyen.

L. HUGOUNENQ.

VU :

Le Président de la Thèse,

VALLAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 décembre 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.



BIBLIOGRAPHIE

1743. GARENGEOT. — Mémoire sur plusieurs hernies singulières.
Mémoire de l'Académie Royale de Chirurgie, T. I.
1788. RICHTER. — Traité des hernies.
1810. CRUVEILHIER. — Essai sur l'anatomie pathologique.
1812. SCARPA. — Traité politique des hernies (traduit de l'italien par Caiol).
1819. CLOQUET. — Hernies abdominales (Thèse de concours, Paris).
1822. ASTLEY COOPER. — Œuvres chirurgicales (traduites par Chassagnac et Richelot).
1841. MALGAIGNE. — Leçons cliniques sur les hernies.
1848. VIDAL DE CASSIS. — Hernies ombilicales et épigastriques (Thèse de concours).
1850. WALTER. — Hernia lineæ albæ supra umbilicum (Thèse de Bonn).
1865. GOSSELIN. — Leçons sur les hernies abdominales.
1877. PONCET. — Recherches anatomiques sur les aponévroses abdominales.
1884. GUSSENBAUER. — Ueber Hernia epigastrica. *Prag. med. Wochen IX*, p. 14, et *Wien med. Wochen XXXIV*, p. 73
1886. TERRIER. — Remarques sur l'intervention chirurgicale dans les hernies épigastriques, *Revue de Chirurgie*, p. 985.
1887. BONNET. — De la cure radicale des hernies épigastriques (Thèse, Paris).
1888. LEPAGE. — Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques (Thèse de Paris).
1888. AGOSTINELLI. — Laparotomia per ernia epigastrica. *Raccogliatori med. Forli.*

1890. WITZEL. — Ueber den medianen Bauchdruck — *Sammel Klin. Vortr.* n° 10.
1891. ROTH. — Ueber die hernien der linea alba. *Arch. Klin. Chir.*, Berlin, p. 1-45.
1891. VERNET. — Contribution à l'étude des pincements de l'intestin par les fissures sus-ombilicales (Thèse, Paris).
1891. ROTH. — Ueber die hernien der linea alba. *Arch. Klin.*
1892. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies. Chap. XIX, p. 341 et suivantes.
1893. RIOU. — Cure radicale de la hernie épigastrique (Thèse Paris).
1894. CHAILLOUX. — Etude sur la hernie épigastrique et son traitement (Thèse, Paris).
1896. GLÉNARD. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique de la ligne blanche. *Revue générale de Clin. et de Thérapeutique*, t. X, p. 707-710.
1897. LEBCEUF. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique et de son traitement (Thèse de Paris).
1898. FLEURY. — Contribution à l'étude des hernies épigastriques (Thèse de Paris).
1899. CERF. — Hernie épigastrique embryonnaire. Etiologie de la hernie épigastrique. *Anjou médical*. Angers, t. VI, p. 226.
1900. NOURY. — Etude clinique des hernies épigastriques et ombilicales (Thèse, Paris).
1900. KELLING. — Ueber die entstehung des nervosen Reizzustandes des Magens bei Hernia epigastrica und ueber einen 2 épigastrichen nervosen Druckpunc, *Wiener méd. Wochenscher*, 1900, n° 40.
1900. RUILLEZ. — Troubles de la sensibilité de la région épigastrique chez les dyspeptiques (Thèse, Paris, 1899-1900).
1901. JACOB. — Hernie épigastrique contenant un fibrome du ligament fibriforme du foie (Société de Chirurgie de Lyon, 23 mai 1901) — in *Province médicale*, 1^{er} juin 1901.
1902. TÉMOIN. — Contribution à l'étude des hernies de la ligne blanche. *Arch. provinciales de Chirurgie*, Paris, XI, p. 215-220.
1902. CALVOS. — *Revista di Clin. méd.*
1902. STRAUSS. — *Verhandlengen des Congress für Innere méd.*, 1902, p. 119.

1902. ROMANINE. — Les hernies épigastriques. *Wratsch*, Saint-Pétersbourg, 1901-1902, t. XXII.
1903. GREEN CUNSTON. — Contribution à l'étude des hernies épigastriques. *Arch. génér. de Médecine*, Paris, p. 2049-2056. Tome II.
1903. PRINCETEAU. — Cure radicale de l'éventration large xypho-ombilicale par un nouveau procédé. Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, 31 août 1903.
1904. GAUTHIER. — Sur les vomissements incoercibles dans la hernie épiploïque non étranglée irréductible. (Ass. franç. chirurgie, procès-verbal, Paris, 1904.)
1904. LATARJET et ADENOT. — Hernie épigastrique de la muqueuse de l'estomac. *Lyon Médical*, mars 1904. *Presse Médicale*, septembre 1904.
1904. FLORENCE. — Thèse Toulouse : Des orifices vasculaires des aponévroses.
1905. BOUDON. — Thèse, Toulouse, 1905.
1905. GOTTING-HERMANN. — Ueber Hernien der linea alba (*Inaug. Diss.*, Berlin, 29 juli 1905).
1905. REHN. — Die Hernien der linea alba (*Die deutsche Klinik* 1905, Bd VIII, p. 1225).
1905. LEMIERE. — Dyspepsie et Hernie épigastrique (Thèse, Paris).
1906. VALLOT. — Les Hernies épigastriques (Thèse de Lyon, 1906-1907).
1906. SAUJEON. — La Hernie épigastrique chez l'enfant (Thèse, Bordeaux, 1906-1907).
1907. LANOUE et POISSON. — Hernie épigastrique et ulcère. (*Gazette médicale de Nantes*, 18 décembre 1907.)
1908. NAPALKOFF. — Hernie de la ligne blanche (VIII^e Congrès de chirurgie de Moscou, décembre 1908).
1908. VASSEL. — Hernies épigastriques et diaphragmatiques de l'estomac (Thèse de Lyon, 1908-1909).
1908. BLANC. — Hernie épigastrique de l'estomac. *Loire médicale*, du 15 octobre 1908.
1909. DIAKONOFF. — Matériaux pour la question des hernies de la ligne blanche. *Chirurgia*, juillet 1909. T. XXVI.
1909. TRIPIER et PAVIOT. — *Semaine médicale*, p. 265.
1909. URY. — Coexistence de la Hernie épigastrique et de l'ulcère de l'estomac. *Medicinische Klinik*, 1909, t. V n^{os} 17, 25 avril 1909, p. 626.

1909. CAPELLE. — Résultats éloignés des opérations pour hernie épigastrique. *Brun'sche Beitrage*, 2 klin. chir. Bd LXIII, H. 2 — Analysé par Lecène, in *Journal Chirurgie*, août 1909, p. 178.
1909. CLÉRICI. — Congrès de médecine interne de Milan, 1909.
1910. LÉWEU. — Hernies de la ligne blanche, *Munchener méd. Wochenscher*, t. LVIII, n° 2 janvier 1910.
1910. MULLER. — La Hernie épigastrique, son importance en médecine (*Centralbl. für die Greizebiete der Medizin und Chirurgie*, t. XIII, nos 22, 23 — 12-30 décembre 1910.
1910. TSCHERNING. — Hernie épigastrique (Société danoise de Chirurgie, 12 novembre 1910.
1910. VIGUÈS. — Notes sur deux cas d'hernies épigastriques (Société anatomique de Paris, 4 novembre 1910.
1910. SOPER. — *New-York méd. Journal*, août 1910.
1910. BÉRARD et COLOMBET. — Relations entre les hernies épigastriques et les lésions possibles des organes sous-jacents. (Société Sciences médicales, 23 novembre 1910 — in *Lyon médical*, 16 avril 1911.
1910. LERICHE. — De la nature des troubles gastriques qui accompagnent la hernie de la ligne blanche (Soc. des Sc. médicales, 23 novembre 1910) — in *Lyon médical*, 16 avril 1911.
1911. ERLICH. — Les injections de fibrolysine dans le traitement des hernies ombilicales et épigastriques. *Archiv. für Verdannngs Krankheiten*, t. XVII, f. 1, février 1911.
1911. GOTTSCHLICH. — Un cas de hernie épigastrique guérie par l'opération. *Berliner Klin. Wochens*, t. XLIII, avril-mai 1911.
1911. HOTCHKISS. — Epigastric Hernia. *Annales of Surgery*, juillet 1911, t. LIV, n° 1.
1911. CUINET. — De la nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques (Thèse de Lyon, 1911).
1911. COTTE et CROIZIER. — Hernie épigastrique (Soc. nationale médecine de Lyon, 6 mars 1911).
1912. VILLARD. — Pathogénie des hernies épigastriques (Société des Sciences médicales, 27 novembre 1912) — in *Lyon médical*, 5 janvier 1913.
1912. ERTAUD. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique. Sa coexistence possible avec l'ulcère et le cancer de l'estomac (Thèse de Paris, année 1912-1913).

1913. LERICHE. — Hernie épigastrique ancienne avec troubles digestifs. Ulcère de l'estomac. Pylorctomie. Guérison datant de deux ans (Société des Sciences médicales du 2 avril 1913) — in *Lyon médical*, 20 juillet 1913.
1913. MARTEL et DEUMIÉ. — Deux cas de hernie épigastrique contenant une partie du ligament rond du foie (Société des Sciences médicales de Saint-Etienne, du 16 avril 1913) — in *Loire médicale* du 15 juillet 1913.
1913. BÉRARD et COTTE. — Sur la nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques (Société de Chirurgie de Lyon, 24 avril 1913) — in *Lyon médical*, 14 septembre 1913.
1913. DUNAN. — Hernie épigastrique et cancer de l'estomac (Thèse Bordeaux, novembre 1913).
1913. MANTELLI. — Hernie épigastrique de l'estomac. Acad. royale de médecine. Turin, 4 avril 1913.
1913. KIRMISSON. — Rapport sur un travail de M. POISSON. *Bull. de l'Acad. de médecine*, n° 3. Séance du 21 janvier 1913.
1913. MATHIEU. — A propos de la valeur séméiologique de la hernie épigastrique douloureuse. (*Quinzaine thérapeutique*, 25 mars 1913.)
- BERGER. — Article Hernie épigastrique dans le *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus, tome VI.
- JABOULAY et PATEL. — Hernies — in *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus, tome VI.
- POIRIER. — Anatomie descriptive, Myologie.
- TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique*, tome II.
- TESTUT. — Anatomie descriptive, Myologie.
- ROCHARD. — Les Hernies, *Bibliothèque de Chirurgie contemporaine*.



Saint-Etienne. — Imprimerie de « La Loire Républicaine », place Marengo, 16.

